

☐ zur vollstationären Pflege ab: _____
befristet bis: _____

☐ zur Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

☐ zur Tagespflege ab/an den Tagen _____

☐ Beförderung zur Tagespflege erwünscht

Zimmerkat.: EZ ☐ DZ ☐

Zimmer- Nr.: _____ (von der Einrichtung auszufüllen)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____

Staatsangeh.: _____

Konfession: _____

Pflegegrad: _____

Meldeadresse: ☐ Privat oder

Einrichtung (Name): _____

Straße, Nr.: _____

Landkreis: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

1. Ansprechpartner

Rechnungsempfänger ☐

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Art der Beziehung: _____

Vollmacht ☐ Betreuungsurkunde ☐

2. Ansprechpartner

Rechnungsempfänger ☐

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Art der Beziehung: _____

Vollmacht ☐ Betreuungsurkunde ☐Die Vollmacht/Betreuungsurkunde liegt vor* für 1. Ansprechpartner 2. AnsprechpartnerGesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit: ☐ ☐Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten: ☐ ☐Vertretung bei Behörden: ☐ ☐Vermögenssorge: ☐ ☐Post und Fernmeldeverkehr: ☐ ☐Vertretung vor Gericht: ☐ ☐Erteilung Untervollmachten: ☐ ☐Betreuungsverfügung: ☐ ☐Geltung über den Tod hinaus: ☐ ☐

(*Die Angaben müssen von der Einrichtung mit der Urkunde abgeglichen werden)

Es ist kein Bevollmächtigter benannt: ☐Der Gast/Bewohner ist Rechnungsempfänger: ☐

Finanzierung (Selbstauskunft)

Pflegekasse:

- ☐ PG Bescheid liegt vor
☐ Antragsverfahren laufend

Monatliches Einkommen:

Rente/Pension:

€

Sonstiges (z.B. Mieteinnahmen):

€

Sonstiges:

€

Barvermögen:

€

Rentenüberleitung veranlasst:

☐

Sepa-Lastschriften Mandat erteilt:

☐

Kostenübernahme beantragt:

☐

Datum des Antrags:

Zuständiges Sozialamt:

Angaben zur Versicherung

Krankenkasse:

Anschrift der Krankenkasse:

Versichertennummer:

Versichertenkarte liegt vor:

☐

Zuzahlungsbefreiung liegt vor:

☐

Befreiungsausweis liegt vor:

☐

Beihilfeberechtigung:

☐ ja☐ nein

Hausarzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Ärztlicher Fragebogen liegt vor:

☐

Inkontinenzattest liegt vor:

☐

Facharzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Facharzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Apotheke:

Anschrift:

Telefonnummer:

Sonstige Angaben:

Bitte ankreuzen

	Ja	Nein
<u>Wäscheversorgung</u>		
Persönliche Wäsche wird in der Wäscherei maschinell gewaschen, eine Kennzeichnung durch die Wäscherei ist obligatorisch, die Wäschekennzeichnung ist kostenpflichtig		
Persönliche Wäsche wird in der Wäscherei chemisch gereinigt, eine Kennzeichnung durch die Wäscherei ist obligatorisch, das chemische Reinigen ist kostenpflichtig		
Persönliche Wäsche wird durch Angehörige gewaschen		
Zimmerschlüssel erwünscht:		
Telefon gewünscht:		
sonstiges		

Ort, Datum _____

Unterschrift des Bewohners
oder Bevollmächtigte Person _____

Unterschrift Mitarbeiter
Der Einrichtungsverwaltung _____